ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE PAR DÉCRET DU 26 AOUT 1893

2

Macfarlane

SEPTIÈME CONGRÈS

DE

CHIRURGIE

PARIS, 1893

PROCÈS-VERBAUX, MÉMOIRES ET DISCUSSIONS

EXTRAIT

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1893

Librairie FÉLIX ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

(Les abonnements partent du 1er janvier.)

REVUE DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS. — 14e ANNÉE, 1894

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Lyon,
Membre correspondant de l'Académie
des sciences.

VERNEUIL
Professeur honoraire
à la Faculté de médecine
de Paris,
Membre de l'Académie des sciences.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

NICAISE
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Laënnec.

ET

F. TERRIER
Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Bichat,
Membre de l'Académie de médecine.

REVUE DE MÉDECINE

PARAISSANT TOUS LES MOIS. — 14e ANNÉE, 1894

DIRECTEURS : MM.

Ch. BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Lariboisière,
Membre de l'Académie des sciences.

A. CHAUVEAU
Inspecteur général des Écoles vétérinaires,
Membre de l'Académie des sciences,
Professeur au Muséum.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

L. LANDOUZY
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Laënnec.

ET

R. LÉPINE
Professeur de clinique médicale
à la Faculté de médecine de Lyon,
Membre corresp. de l'Acad. des sciences.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour chaque Revue séparée.		Pour les deux Revues réunies.	
Un an, Paris.	20 fr.	Un an, Paris.	35 fr.
— Départements et étranger .	23 fr.	— Départements et étranger .	40 fr.

La livraison : 2 francs.

JOURNAL DE L'ANATOMIE ET DE LA PHYSIOLOGIE

NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX

(30e année, 1894)

Fondé par Ch. ROBIN
Membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

DIRECTEURS : MM.

G. POUCHET
Professeur au Muséum d'histoire naturelle.

Mathias DUVAL
Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

CONDITIONS DE LA SOUSCRIPTION

Un numéro : 6 fr. ; Un an, pour Paris : 30 fr. ; Un an, pour les départements et l'étranger : 33 fr.

La librairie Félix ALCAN se charge de fournir franco, à domicile, à Paris, en province et à l'étranger, tous les livres publiés par les différents éditeurs de Paris, aux prix de catalogue.

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22320362

Extrait du CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (7e session, Paris, 1893).
(Félix Alcan, éditeur.)

SUR LE

TRAITEMENT DES LUXATIONS ANCIENNES DE L'ÉPAULE

Par Sir WILLIAM MAC CORMAC
Chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Thomas, à Londres.

Je vous demanderai d'écouter, avec votre indulgence habituelle, la narration d'un cas de luxation ancienne, non réduite, de l'humérus, avec fracture de cet os.

Le malade était un homme de quarante ans, délicat, chétif, de tempérament nerveux; il avait eu autrefois des rhumatismes et aussi ce qu'on appelle, aux Indes, le *jungle-fever;* le 11 novembre, trois mois avant sa visite chez moi, il avait fait à la chasse une chute de cheval, et était tombé sur l'épaule. Son médecin ordinaire diagnostiqua une fracture, et un chirurgien, appelé en consultation vingt-quatre heures après, confirma cette opinion après avoir chloroformé le malade. L'os était brisé près de son extrémité supérieure, mais l'enflure considérable qui était déjà survenue l'empêcha de se prononcer au sujet d'une luxation. On plaça le membre dans une gouttière moulée et on fixa le bras. Quinze jours après, l'enflure ayant beaucoup diminué, le même chirurgien découvrit une luxation de l'humérus et fit des efforts prolongés, mais inutiles, pour la réduire; ces manœuvres finirent par briser l'os et il fallut remettre l'appareil avant de faire une nouvelle tentative de réduction. Au bout d'un certain temps, un autre chirurgien examina de nouveau le malade, mais ne jugea pas à propos d'intervenir activement; il se borna à recommander le massage et les mouvements passifs, mais le membre était devenu si douloureux au moindre mouvement qu'on ne pouvait entreprendre aucun traitement efficace.

Lorsque le malade vint me voir, l'articulation ne permettait que de très faibles mouvements; le malade se plaignait de douleurs vives et constantes. On sentait la tête de l'os sous l'apophyse coracoïde; la fracture paraissait être consolidée. Je fis un examen complet dans la narcose; la mobilité était à peu près nulle, la largeur anormale de l'os semblait indiquer une fracture de la grosse tubérosité et la tête paraissait soudée presque à angle droit avec la diaphyse. Trois mois s'étant écoulés depuis l'accident, je ne crus pas devoir employer des manipulations violentes pour réduire la luxation, car il me paraissait probable qu'elles n'auraient aucun succès et qu'elles risqueraient de produire une nouvelle fracture. Je proposai donc au malade, d'accord avec sir Joseph Lister, de pratiquer une incision et de réduire, si possible, la luxation; mon intention était, en cas d'insuccès, de faire la résection de la tête de l'humérus. Le malade désirait vivement être soulagé, car son bras était inutile et les douleurs vives et continuelles qu'il éprouvait avaient fini par réagir sur l'état général.

Le 2 mars, je pratiquai une incision de près 13 centimètres de longueur, partant de la clavicule et se dirigeant de haut en bas, à la face antérieure de l'articulation; l'incision, parallèle à l'axe du membre, passait juste en dehors de l'apophyse coracoïde; elle croisait obliquement la tête déplacée de l'humérus et correspondait à l'interstice du deltoïde et du grand pectoral. Une grosse veine céphalique, qui suivait la ligne de l'incision, fut liée aux deux extrémités, et excisée. J'ouvris ensuite la capsule, après avoir écarté les muscles, et j'aperçus la tête de l'humérus au fond de la plaie. Au moyen d'un élévatoire à périoste, je détachai la capsule, le périoste et les muscles, des tubérosités, de façon à libérer la tête; je m'aperçus alors que la grosse tubérosité avait été séparée et qu'une masse de cal s'était formée; en outre le tiers antérieur de la cavité glénoïde était détaché du reste et les deux tiers postérieurs étaient remplis de tissu conjonctif très dense et de restes de capsule; c'est seulement après avoir complètement enlevé tous ces tissus que je parvins à réduire la luxation; le cartilage qui recouvrait la tête de l'os et la cavité glénoïde paraissait n'avoir subi aucune altération. Pendant l'opération, je vis s'écouler de la partie profonde de la plaie environ deux grammes de pus, mais il ne me fut pas possible de découvrir exactement d'où il venait. Sir Joseph Lister ayant assisté à l'opération, il est inutile d'ajouter que toutes les précautions antiseptiques avaient été observées. La tête de l'os ayant été replacée dans la cavité glénoïde, le bras fut fixé au tronc de façon à amener le coude en avant. Pendant quelque temps, le malade cessa de ressentir les douleurs qu'il avait éprouvées auparavant, mais malheureusement la plaie commença à suppurer et pendant

quelques jours on nota une élévation considérable de température; la suppuration devient assez abondante, et, au bout de trois semaines, le malade ne faisait aucun progrès.

C'est alors que je me décidai à exciser la tête humérale. Le 21 mars, je rouvris la plaie, fis saillir la tête de l'humérus en dehors et sectionnai l'os en suivant autant que possible le col anatomique, de façon à n'enlever que la tête et, d'un côté, une petite surface de l'os dénudé au delà du col. La cavité glénoïde était remplie de granulations auxquelles on ne toucha pas.

L'opération fut bien supportée et peu après les douleurs disparurent complètement. Le malade progresse maintenant d'une façon tout à fait satisfaisante.

Messieurs, la question que je désire poser est celle du traitement des cas de ce genre, prenant en considération le peu de risques que nous courons maintenant grâce aux précautions antiseptiques. Sans doute la suppuration qui est malheureusement survenue chez mon malade a fait échouer la tentative que j'avais en vue; je n'ai pas réussi à reformer une articulation et le résultat définitif, pour ce qui concerne la mobilité, s'en ressentira. Si j'avais pu prévoir la suppuration, j'aurais fait la résection de prime abord, comme opération de choix, mais je m'attendais à ce que la plaie se fermât sans accident et j'espérais un résultat fonctionnel supérieur à celui qu'on obtient par la résection.

J'ai réséqué une fois la tête de l'humérus pour une luxation datant de dix-huit mois; le bras était atrophié et inutile par suite de la compression des nerfs, et la douleur était à la fois continuelle et presque intolérable; là je trouvai la cavité glénoïde oblitérée et sa portion antérieure avait disparu sous l'influence de la compression de la tête humérale; cette dernière présentait un profond sillon et était presque dépourvue de cartilage. La réduction étant impossible, j'excisai la tête humérale; les douleurs disparurent et le bras redevint assez utile.

Lorsque, dans un cas récent de luxation compliquée de fracture du col, on ne réussit pas à obtenir la réduction, faut-il attendre la consolidation, puis essayer de nouveau la réduction, ou bien vaudrait-il mieux pratiquer une incision et enlever la portion d'os détachée? Serait-il préférable d'imiter Helferich et de fixer la tête de l'os au moyen d'une cheville? Il est intéressant de noter, autant que je sache, qu'il n'existe aucun cas dans la littérature où la tête humérale, séparée du reste de l'os au niveau du col anatomique, se soit nécrosée.

Deux cas intéressants à ce point de vue ont été observés dernièrement à l'hôpital Saint-Thomas par mes collègues MM. Croft et Clutton; ils se ressemblent par la nature du traumatisme et par le traitement adopté; il s'agissait, chez les deux malades,

d'une fracture du col anatomique avec luxation, et dans tous les deux on a pratiqué l'excision presque immédiate de la tête humérale. Dans un le résultat était bon, dans l'autre assez satisfaisant.

Voici, probablement, comment se produit la fracture du col anatomique d'abord difficile à comprendre; la luxation est la lésion primitive; le sillon qui forme le col anatomique se place contre le bord antérieur de la cavité glénoïde; la force continuant à agir, ce bord fait coin et sépare la tête du reste de l'os.

Dans un cas noté par M. Bennett, de Dublin, il existait une fracture incomplète du col anatomique, ce qui montrait clairement le mécanisme de la lésion.

Les luxations de l'épaule sont les plus fréquentes et aussi celles qu'on méconnaît le plus souvent quand elles sont récentes. La luxation ancienne se reconnaît aisément, mais elle devient difficile à soigner, surtout quand elle est compliquée de fracture. Dans ces cas, la rigidité consécutive est toujours considérable.

Quel doit être le traitement de la luxation de l'humérus quand toutes les tentatives raisonnables ont échoué ou quand l'accident date de longtemps? On peut temporiser, faire du massage, des mouvements actifs et passifs, de l'électricité, et augmenter ainsi la mobilité. On obtient quelquefois un résultat assez satisfaisant, mais souvent le bras reste inutile et douloureux. On peut faire une opération, pratiquer, de préférence, une longue incision antérieure, afin de replacer la tête dans la cavité glénoïde; et on peut, par la même incision, exciser la tête si c'est nécessaire. L'âge et l'état général du malade nous guideront surtout dans notre intervention. L'ancienneté de la luxation est fort importante, aussi chaque cas doit-il être jugé à part et considéré en lui-même. Une opération s'impose quand les nerfs ou les vaisseaux sont comprimés, si du moins l'atrophie n'est pas encore trop considérable. L'inutilité complète ou presque complète du membre ainsi que la douleur justifient une opération. De même une fracture, surtout quand les tubérosités sont arrachées, car alors la mobilité laisse toujours beaucoup à désirer, même après un traitement persévérant par les mouvements passifs.

Lorsque le chirurgien ne réussit pas à réduire la luxation, et que l'opération est justifiable, il faut opérer de suite, car on augmente beaucoup ainsi les chances de succès.

Knapp affirme, dans les *Bruns Beiträge*, que la réduction de la tête humérale par opération donne de moins bons résultats que la résection et qu'elle est aussi plus dangereuse. Sur douze cas il y a eu deux morts et quatre fois seulement on a noté une amélioration satisfaisante.

Smital déconseille la réduction opératoire lorsque la luxation est ancienne. Il existe cependant de brillantes exceptions, les cas

de M. Cheyne et de M. Gould par exemple (*Med. Soc. trans.*, vol. XV, 1892).

Les cas de sir Joseph Lister sont bien connus : dans chacun d'eux, la luxation était double et le malade ne pouvait se servir de ses bras.

Schede a obtenu un beau succès chez un marin atteint de luxation sous-claviculaire datant de neuf semaines.

Ces résultats sont de nature à nous encourager à pratiquer une opération de ce genre quand la réduction ne peut être faite autrement et que la douleur, la paralysie ou l'œdème nous forcent à abandonner l'espoir d'obtenir une fausse articulation.

Quant à la résection de la tête humérale, nous connaissons trop peu les résultats définitifs pour nous prononcer sur les avantages qu'elle présente; elle est probablement moins dangereuse que le replacement de l'os dans sa cavité; elle est plus facile, entraîne moins de débridement des tissus voisins, et comme il suffit d'enlever la surface articulaire, on peut respecter les muscles capsulaires et améliorer ainsi les chances de mobilité. Toutes ces considérations ont été vérifiées par le résultat brillant que M. Ollier a obtenu en enlevant la tête déplacée de l'humérus, comme il nous l'a dit en 1886. Kocher, Shield, Warren, Volkmann, et d'autres ont rapporté des succès plus ou moins complets, au moyen de la résection de la tête humérale.

Même avec toutes les précautions il est impossible d'éviter à coup sûr une réaction dans la plaie, et si elle suppure la nécrose peut se produire ; alors la guérison demande un temps si long que les muscles s'atrophient davantage et que le résultat fonctionnel est mauvais. La suppuration paraît surtout fréquente après le replacement par arthrotomie.

Les deux cas que j'ai cités peuvent servir d'exemple d'une méthode de traitement des luxations compliquées de fracture du col anatomique, et ils montrent qu'on obtient ainsi un assez bon résultat. L'excision immédiate sera probablement plus facilement acceptée que le replacement par l'arthrotomie, qui est toujours difficile et quelquefois impossible. Quant à la fixation de la tête au moyen d'une cheville, Woelfler l'a employée avec succès dans un cas de luxation avec fracture au-dessous de l'épiphyse ; il s'attendait à être obligé de réséquer la tête, mais il parvint à la replacer dans la cavité glénoïde après avoir fendu la capsule.

Quand on abandonne à elle-même la tête humérale déplacée, elle se soude à la diaphyse et gêne considérablement les mouvements. Dans les cas récents, le mieux est d'enlever de suite la tête déplacée et d'aplanir le bout de la diaphyse.

Ces réflexions m'ont été suggérées par le cas décrit ci-dessus, qui, me semble-t-il, justifie mes conclusions et confirme l'opinion des auteurs qui ont traité ce sujet avant moi.

Coulommiers. — Imp. Paul Brodard.